

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

381

Année 1899

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 31 mai 1899, à 1 heure

LOUIS SAUGET

Né à Vatan (Indre), le 9 juin 1873

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

EPIPLOÏTES

CONSÉCUTIVES A LA CURE RADICALE DES HERNIES

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. POTAIN, professeur.

DELBET et WIDAL, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUVE & BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 31 mai 1899, à 1 heure

LOUIS SAUGET

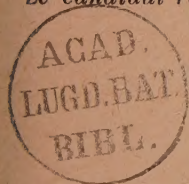
Né à Vatan (Indre), le 9 juin 1873

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

EPIPLOÏTES

CONSÉCUTIVES A LA CURE RADICALE DES HERNIES

*Président : M. TILLAUX, professeur.**Juges : MM. POTAIN, professeur.**DELBET et WIDAL, agrégés.**Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUVE & BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GABRIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	TERRIER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	N.....
	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale.....	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	BERGER.
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY.
	LEDENTU.
	TILIAUX.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchement.....	BUDIN.
	PINARD.

Agréés en exercice.

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	ROGER.
ALBARRAND.	GILLES DE LA TOURETTE.	SEBILLEAU.
ANDRÉ.	HARTMANN.	TEISSIER.
BONNAIRE.	LANGLOIS.	THIERY.
BROCA Auguste.	LAUNOIS.	THIROLOY.
BROCA André.	LEGUEU.	THOINOT.
CHARRIN.	LEJARS.	VAQUEZ.
CHASSEVENT.	LEPAGE.	VARNIER.
DELBET.	MARFAN.	WALLICH.
DESGREZ.	MAUCLAIRE.	WALTER.
DUPRÉ.	MENETRIER.	WIDAL.
FAURE.	MERY.	WURTZ.
Chief des travaux anatomiques.....		M. RIEFFEL.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Chirurgien à la Charité

Commandeur de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Le sujet que nous nous proposons d'étudier dans notre thèse est tout nouveau et présente beaucoup d'intérêt à cause des communications récentes qui ont été faites à la société de chirurgie.

Nous n'avons pas la prétention de faire une œuvre originale et nous n'apportons à l'étude de la question que bien peu de choses inédites; nous désirons seulement, dans ce modeste travail, grouper les observations que nous avons pu recueillir, et de ces observations et des travaux que nous avons pu consulter, tirer quelques considérations générales sur l'étude des épiploïtes consécutives à la cure radicale des hernies.

C'est à M. Morestin que nous devons l'idée de ce travail et les quelques observations inédites que nous possédons, qu'il nous permette de lui exprimer notre vive reconnaissance; nous le remercions aussi de tous les soins qu'il nous a prodigués alors qu'il était notre protecteur.

Nous sommes heureux de pouvoir remercier ici tous nos maîtres qui pendant le cours de nos études nous

ont aidé de leurs conseils et fait profiter de leur expérience.

Tout d'abord nos maitres de l'Ecole de médecine de Tours, MM. les docteurs Herpin, Thomas, Duclos qui ont guidé nos premiers pas dans les études médicales.

Puis à Paris, MM. les professeurs Reclus et Budin qui nous ont enseigné la chirurgie et les accouchements.

Nous remercions particulièrement M. le professeur Gaucher chez qui nous avons appris la médecine et les maladies de peau et qui toujours nous a témoigné beaucoup d'intérêt.

Que M. le professeur Tillaux veuille bien agréer l'expression de tous nos remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.



HISTORIQUE

L'étude des épiploïtes est toute récente et encore bien peu approfondie, car l'épiploïte étant une complication assez rare de la cure radicale des hernies, elle n'a guère été observée que depuis que cette opération est devenue courante.

On a cherché, de tout temps, à opérer les gens atteints de hernies, mais presque toutes les tentatives échouaient si bien que l'opération était tombée dans le plus profond discrédit. Ce n'est que depuis une dizaine d'années, c'est-à-dire depuis l'avènement de la chirurgie antiseptique que la cure radicale des hernies a été remise en honneur et cette opération devenue presque sans danger s'est multipliée depuis.

Tous les chirurgiens ont fait un grand nombre de fois la cure radicale des hernies et quelques-uns d'entre eux ont remarqué parmi leurs nombreux opérés quelques cas d'épiploïtes.

M. Lucas-Championnière, en 1892, dans son traité sur la cure radicale des hernies, consacre un chapitre aux complications, et le premier, il attire l'attention

sur deux cas d'épiploïtes survenues peu de temps après l'opération.

Trois ans plus tard, au Congrès de chirurgie, en octobre 1895, M. le professeur Reynier présente à ses collègues deux nouveaux cas d'épiploïtes et cherche à en expliquer la pathogénie.

En 1896, M. le docteur Roche, dans sa thèse (la seule qui existe sur ce sujet), fait le premier une étude assez approfondie sur les différentes formes d'épiploïtes et réunit un grand nombre d'observations recueillies à Paris et à Montpellier.

Nous devons citer aussi une clinique de M. le docteur Mencièrre parue dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* et un travail très intéressant de M. le docteur Boeckel, publié dans la *Revue de gynécologie* où nous avons puisé plusieurs observations.

Enfin, tout dernièrement, M. le professeur Monod, dans la séance de la Société de Chirurgie, du 8 février 1899, présente un malade qui à la suite d'une cure radicale de hernie fut atteint d'épiploïte plastique, avec adhérences et obstruction partielle de l'intestin, nécessitant une opération très compliquée.

Dans la séance suivante, 15 février, MM. Monod, Reynier, Tuffier, Pozzi, Reclus, Hartmann, Guinard, prennent tour à tour la parole sur ce sujet intéressant, ils rapportent les quelques cas d'épiploïtes dont ils ont été témoins et discutent la pathogénie de cette affection.

PATHOGÉNIE

L'épiploïte a toujours pour cause une infection, et toute infection suppose un agent pathogène, cet agent a même pu être découvert et isolé et M. le docteur Méry, dans notre observation n° XI, a trouvé dans le pus de l'abcès du staphylococcus albus.

C'est la réaction de l'organisme contre l'invasion de ces germes qui produit les accidents observés au cours de l'épiploïte.

D'où vient donc cette infection ?

Tout d'abord elle peut être due au chirurgien, à ses instruments, à ses aides. Les mains n'ont pas été rendues assez aseptiques, ou bien, au cours de l'opération elles ont été souillées par le contact d'objets étrangers.

Nous devons convenir que cette cause est très rare, sinon exceptionnelle, et dans ce cas, les phénomènes inflammatoires auraient lieu immédiatement. Dans toutes les observations que nous avons pu recueillir, nous n'avons trouvé aucun exemple d'épiploïte imputable au manque de soins du chirurgien ; toutes les précautions antiseptiques avaient toujours été prises,

et la réunion de la plaie s'était faite par première intention.

L'infection ne vient donc pas du chirurgien, qui, ainsi que ses instruments et ses aides doivent être mis hors de cause ; elle est due aux fils employés pour la ligature, et principalement aux fils de soie.

C'est en effet le fil de soie qui ne se résorbant pas, joue dans les tissus le rôle d'un corps étranger autour duquel se localise l'inflammation, et c'est lui qui est la cause de l'épiploïte, ainsi qu'il est la cause des accidents septiques que l'on observe souvent lorsqu'on l'emploie pour les sutures profondes. M. Delorme dans les *Archives de Médecine et de pharmacie militaires*, et Coley, dans *Medical Journal*, rapportent de nombreux cas de cures radicales de hernies où les fils de soie employés pour les sutures profondes déterminèrent des phénomènes inflammatoires et fébriles.

C'est donc un fait admis aujourd'hui que l'infection vient des fils de soie, dont on a fait usage et la meilleure preuve à invoquer est que lorsque l'inflammation a été assez vive pour déterminer la formation d'une collection liquide, on retrouve presque toujours des fils de soie dans le pus et que tous les accidents disparaissent après l'élimination du dernier fil.

Mais, où il y a désaccord, c'est lorsqu'il s'agit de savoir si le fil s'est infecté primitivement ou secondairement. Nous nous trouvons en présence de deux théories que nous allons exposer successivement.

M. le professeur Reynier, depuis longtemps déjà au

congrès de chirurgie, février 95 a émis la théorie de l'infection secondaire et l'a toujours défendue depuis.

Suivant lui les fils de soie passés à l'autoclave sont rigoureusement aseptiques et mis au contact de tissus sains ils ne produiraient rien, ce n'est que lorsque ces tissus sont infectés que les fils s'infectent à leur tour. Or, l'épiploon est souvent resté très longtemps dans le sac herniaire en présence d'anses intestinales, il a subi plusieurs poussées inflammatoires, ainsi que la portion de l'épiploon située au dessus du collet, et quelque temps après la ligature, lorsque le fil sectionnera les tissus il s'infectera et alors il se produira les accidents que nous étudierons.

Toujours d'après M. Régnier, si le fil de soie n'était pas aseptique, les phénomènes inflammatoires se produiraient de suite ainsi que dans toute infection directe ; au contraire, nous voyons les accidents survenir quinze jours, un mois, plusieurs mois, exceptionnellement même plusieurs années après la cure radicale des hernies, et alors que dans tous les cas il y avait eu réunion de la plaie opératoire par première intention.

Il conclut ainsi : « Le fil s'infecte secondairement, lorsque, mis sur un organe à contenu septique comme une trompe utérine, un uretère, un épiploon infecté par son séjour prolongé dans un sac herniaire, il arrive à couper l'organe lié et à se mettre en contact avec son contenu septique. La date tardive de l'éclosion des accidents, je le répète, milite en faveur de cette infection secondaire des fils de soie. »

Cette théorie de l'infection secondaire est aussi celle que M. le Professeur Duplay admet dans une de ses cliniques, lorsqu'il cherche à expliquer la pathogénie des accidents survenus dans la cure radicale des hernies après l'emploi des fils de soie pour les sutures profondes.

« Lorsque l'alimentation des fils non résorbables comme la soie, s'effectue plusieurs mois après l'opération, il est difficile d'incriminer une faute d'asepsie résultant de l'acte opératoire, et on est forcé d'admettre l'influence d'une infection secondaire soit par voies sanguine soit par toute autre voie qui vient se localiser au niveau du corps étranger. »

Cette opinion a été approuvée par plusieurs chirurgiens au congrès de chirurgie, c'est celle de M. Bœckel dont nous avons cité déjà le travail, et M. Roche aussi dans sa thèse admet ainsi l'infection secondaire dans bien des cas.

Exposons maintenant la deuxième théorie, celle de l'infection primitive développée dans une clinique de M. Mencièr et défendue tout dernièrement au congrès de chirurgie par M. Hartmann.

On ne peut jamais être sûr qu'un fil de soie est rigoureusement aseptique alors même qu'on l'a passé à l'autoclave et qu'on a pris toutes les précautions usuelles ; et le serait-il, qu'il peut-être souillé ensuite pendant l'opération.

Les gros fils et les fils tressés sont extrêmement difficiles à stériliser ; les germes se déposent dans les

alvéoles de cette soie, il se forme de véritables tubes de culture et lorsque les germes qui restent longtemps à l'état latent, ont acquis une certaine virulence et se sont développés suffisamment, les accidents de l'épiploïte surviennent, M. « Menière conclut : » Dans bien des cas d'épiploïtes tardives consécutives à la cure radicale, l'infection est primitive et se produit au niveau des fils de soie parce qu'ils ont été, ou bien mal stérilisés, ou bien infectés au cours de l'opération par le chirurgien et ses aides.

Qu'il s'agisse de l'inflammation de l'épiploon ou de celle des parois abdominales au niveau d'une cicatrice, on se demande comment, en admettant l'infection primitive des fils, l'inflammation pourrait attendre parfois si longtemps avant de se manifester. Les fils de soie tressés présentent une infinité de petites loges, difficiles à aseptiser et pouvant contenir des éléments septiques dont la virulence, très atténuées, sans doute, par les précautions prises, peut ne pas être complètement détruite. Les ligatures perdues faites dans ces conditions, resteront longtemps silencieuses ; puis, sous certaines influences, quand les colonies microbiennes se seront cultivées, les accidents éclateront. »

Il existe une autre sorte d'infection directe, survenant après l'opération et produite alors par le malade lui-même.

Supposons, comme dans un cas très intéressant rapporté par M. Roche (observation n° 9), que le malade très nerveux, dans un accès de délire arrache

son pansement, laisse trainer les mains sur la plaie, souille de son urine la ouate hydrophile qui recouvre la cicatrice, il en résulte des accidents septiques que nous pourrions avec M. Roche interpréter ainsi.

L'infection s'est faite par la main du malade, ou par l'urine traversant la ouate hydrophile et arrivant au contact de la plaie ; d'abord elle s'est localisée à un fil superficiel qui a suppuré et par une série de fils superposés disposés de couche en couche, elle a cheminé vers la profondeur et gagné l'épiploon lui-même.

Un autre cas d'épiploïte ayant pour cause l'infection causée par le malade nous a été rapportée par M. le Dr Ferrand de Blois.

M. le Dr Roche se demande si les mouvements imprimés par la marche, la fatigue, même les mouvements respiratoires au moignon épiploïque ne peuvent pas déterminer une inflammation de l'épiploon surtout si celui-ci étant déjà un peu infecté par le voisinage des anses intestinales. Il nous rapporte plusieurs cas d'épiploïtes survenant après des mouvements violents du malade.

Nous ne partageons pas cette opinion, car cela peut produire seulement une légère irritation bien différente des collections purulentes qui existent souvent dans l'épiploïte. D'ailleurs, toutes les fois qu'il y a résection de l'épiploon, il se forme un moignon épiploïque soumis aux mêmes déplacements et qui ne s'enflamme et ne suppure que lorsque interviennent des éléments septiques.

Notre opinion sur la pathogénie de l'épiploïte est mixte : Nous croyons que l'infection peut être secondaire dans quelques cas et nous avons pu recueillir plusieurs observations (particulièrement obs. n° 4), qui ne laissent aucun doute à cet égard ; mais nous estimons que dans presque tous les cas les accidents arrivent après l'emploi de fils dont l'asepsie n'est pas parfaite, ou qui ont été infectés au cours de l'opération par le chirurgien ou après l'opération par le malade lui-même.

Nous sommes d'avis avec la plupart des chirurgiens d'employer pour les ligatures et les sutures profondes le catgut qui a l'avantage de se résorber, si bien que les germes qu'il peut contenir ne se développent pas et sont aussitôt digérés par les phagocytes et nous recommandons, si on se sert de fils de soie, de n'employer que de petits fils bien plus faciles à stériliser que les gros.

SYMPTOMATOLOGIE

Il n'y a pas de type d'épiploïte bien défini, mais les symptômes des nombreuses observations que nous avons consultées ou recueillies nous ont montré que nous devons reconnaître aux épiploïtes trois formes bien tranchées que nous étudierons successivement. Cette division est un peu schématique, car cliniquement ces formes entrent fréquemment l'une dans l'autre, une épiploïte plastique pouvant supputer.

1° Epiploïte plastique simple.

Un homme se présente avec une hernie épiploïque l'opération se fait avec toutes les règles de l'antisepsie et réussit parfaitement; dix, douze, quinze jours se passent. le malade va de mieux en mieux, il commence à se lever, il veut reprendre ses occupations lorsque brusquement il est pris de douleurs siégeant dans le ventre du côté opéré. Ces douleurs sont en général peu vives, souvent même ce n'est qu'une simple gêne, une sensation de pesanteur, mais elles sont réveillées

et augmentées par les mouvements, même par la respiration et la toux. Quelquefois elles reviennent sous forme d'accès survenant à plusieurs jours d'intervalle (observation n° 6) ou bien plusieurs fois chaque jour surtout au moment des repas (observation n° 3).

Avec ces douleurs qui sont le symptôme le plus important et le premier en date apparaissent ordinairement des troubles digestifs et de la constipation ; il est assez rare qu'il y ait des vomissements et des nausées.

Le ventre est tendu, ballonné et si on explore la région douloureuse, on trouve une tumeur assez volumineuse, ordinairement de la grosseur du poing, située plus ou moins haut dans l'abdomen presque toujours entre l'ombilic et les fausses-côtes. Cette tumeur que l'on peut délimiter assez aisément, a la consistance d'un gâteau, elle est dure, mate à la percussion et peu douloureuse au toucher. Il est assez rare que la fièvre apparaisse et que le malade souffre beaucoup.

La tumeur reste stationnaire quelques jours puis disparaît petit à petit, la douleur et la constipation s'en vont aussi progressivement ; généralement au bout d'une semaine ou deux tout est terminé et le malade peut reprendre ses occupations et son travail.

Nous avons dit que la fièvre était exceptionnelle, cependant, dans quelques cas il y a une élévation de température qui peut monter jusqu'à 39 et 40° et le

ventre est très douloureux ; cependant grâce au repos, ces phénomènes s'amendent en quelques jours et tout disparaît.

Quelquefois les phénomènes que nous avons décrits ne se produisent que bien longtemps après l'opération, deux, trois, six mois après et même plus. Nous avons recueilli une observation de M. Boeckel (obs. n° 4) dans laquelle la tumeur ne se forma que trois ans après l'opération de cure radicale qui avait parfaitement réussi. Cette tumeur se développa insidieusement sans autres symptômes que des nausées, une inappétence complète et une cachexie très prononcée ce qui fit croire tout d'abord à un carcinome de l'épiploon.

Dans quelques cas (observation n° 5), la tumeur est absolument le seul symptôme de l'épiploïte et on ne trouve ni douleurs, ni constipation, ni nausées.

Cette forme d'épiploïte simple que nous venons de décrire est la variété la plus fréquente et passe souvent inaperçue. En effet, beaucoup de malades ne sont qu'indisposés par un peu de douleur et de constipation et ne consultent pas un docteur, ils prennent quelques jours de repos ou même continuent leurs occupations habituelles.

2° Epiploïtes plastiques avec adhérences.

Comme dans le cas précédent, l'opération et ses suites immédiates ont été parfaites et le malade complètement

guéri a repris son travail. Un mois, deux mois se sont passés depuis l'opération quand il est pris de douleurs dans le ventre qui débutent souvent par un point de côté puis qui gagnent tout l'abdomen.

Elles sont beaucoup plus vives en général que dans l'épiploïte simple et reviennent surtout par crises durant dix minutes, un quart d'heure quelquefois plus et survenant plusieurs fois dans la journée.

Pendant ces crises le malade souffre horriblement, et le plus léger mouvement, le moindre effort, exaspèrent ces douleurs et lui font pousser des cris.

En même temps existe de la constipation opiniâtre, et quelquefois le malade éprouve des nausées, des vomissements et du tenesme anal.

Il se développe une tumeur siégeant dans le flanc du côté opéré qui est volumineuse et peut atteindre le volume d'une tête de fœtus ; elle est mate, à la percussion, dure, et peu douloureuse au palper. Cette tumeur remonte souvent très haut dans l'abdomen, quelquefois sa partie supérieure disparaît sous le rebord des fausses côtes et sa partie inférieure peut descendre plus bas que l'ombilic.

Souvent, on peut reconnaître et par le toucher et par la vue des anses intestinales, saillantes, distendues par les gazs en amont de l'obstacle créé par le gâteau entéro-épiploïque.

Malgré les symptômes douloureux, il n'existe pas de fièvre, et le thermomètre appliqué sous l'aisselle du malade ne donne pas d'élévation de température ; de

plus la tumeur, lorsqu'elle a atteint un certain volume reste stationnaire et ne devient ni chaude ni fluctuante.

Le malade est mis au repos et on institue le traitement médical espérant que tout se dissipera ; il n'en est rien, la douleur et les malaises augmentent.

La constipation devient insurmontable, elle ne cède que très difficilement aux purgatifs et aux lavements électriques, les vomissements muqueux et alimentaires surviennent, le malade se nourrit mal, maigrit, perd ses forces.

On se décide à opérer, et, le ventre ouvert, on tombe sur une énorme masse épiploïque comprenant dans son épaisseur le colon transverse et l'estomac et ayant des adhérences avec toutes les parties voisines.

Si on n'opérait pas, le malade finirait par succomber avec tous les symptômes de l'occlusion intestinale ; il faut donc opérer, tailler à même la masse, libérer les organes, sectionner les adhérences, et c'est par cela seul que le malade pourra guérir.

Il faut reconnaître que ces cas d'épiploïtes avec adhérences considérables sont très rares, nous en avons trois observations, l'une de M. Monod (obs. n° 12), l'autre de M. Guinard (obs. n° 13), la troisième qui est inédite de M. Morestin (obs. n° 1).

3° Epiploïtes suppurées.

Ces épiploïtes sont caractérisées par leurs symptômes fébriles et la formation d'une collection purulente.

Cette variété est assez fréquente, et nous en trouvons de nombreux cas dans la thèse de M. Roche et dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie*.

Dans toutes les observations que nous avons pu recueillir, l'opération de cure radicale et ses suites avaient été bonnes, la réunion de la plaie s'était faite par première intention, le malade guéri avait repris ses travaux.

Ce n'est ordinairement que quinze jours à un mois après l'opération que le malade éprouve les premiers accidents.

Le premier symptôme en date est la douleur qui débute presque toujours brusquement du côté opéré et s'étend à tout le ventre. Ces douleurs deviennent plus vives à certains moments et encore bien plus que dans les autres variétés d'épiploïtes elles sont augmentées par les mouvements. Les moindres choses, la toux, la respiration, l'action de se moucher exaspèrent ces douleurs et arrachent des cris au malade.

Souvent elles ont des irradiations très lointaines et on les a vu se propager jusque dans l'épaule, le testicule, les membres inférieurs.

A ce moment le ventre est ballonné et le malade émet des gazs mais peu de matières fécales, il a souvent des nausées et des vomissements bilieux et alimentaires.

Puis la fièvre apparaît, elle monte rapidement à 38, 39, 40° même, le pouls est petit et fréquent, il y a 120 à 140 pulsations à la minute, le malade a un aspect caractéristique appelé « faciès abdominal » ses traits

tirés, les tempes en sueur, et souvent aussi il a du délire.

Quelques heures ou quelques jours après ces symptômes douloureux et fébriles, apparaît dans le ventre une tumeur molasse, pâteuse et extrêmement douloureuse au toucher.

Cette tumeur augmente petit à petit de volume et bientôt, en l'examinant avec beaucoup d'attention, on sent en un point un peu de fluctuation. Il est évident alors qu'il s'est formé une collection purulente; d'ailleurs la marche aigüe et les symptômes fébriles suffiraient en l'absence de fluctuation pour porter ce diagnostic.

Presque toujours à ce moment la constipation est extrême et souvent on voit sous la peau se dessiner des anses intestinales.

Les phénomènes que nous avons décrits s'accroissent généralement jusqu'au jour où le chirurgien intervient, donnant issue au liquide septique, et alors les accidents s'amendent considérablement et cessent tout à fait après l'élimination du dernier fil de soie. Si on n'incise pas l'abcès, le pus s'ouvre lui-même une voie, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, et alors il peut en résulter des accidents graves que nous étudierons avec les complications,

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'épiploïte est difficile dans bien des cas. Sans doute, le chirurgien qui a opéré depuis plusieurs semaines une hernie épiploïque et qui voit revenir son malade souffrant du ventre et présentant une tumeur pensera de suite à une épiploïte consécutive à la cure radicale. Mais, si les phénomènes que nous avons décrits ne se montrent que bien longtemps après l'opération (souvent plusieurs années après), si les symptômes habituels manquent ou sont masqués, si enfin le malade va consulter un autre docteur et ne lui parle pas de son opération, il pourra très bien en résulter une erreur de diagnostic.

M. le professeur Reclus, dans la séance de la Société de chirurgie du 15 février 1899, rapporte un cas d'épiploïte survenant quelque temps après une cure radicale et dit : « Pour moi qui l'avais opéré, le diagnostic était facile, mais les chirurgiens qui se préparaient au bureau central et qui venaient dans mon service ne purent le faire. »

Avec quoi peut-on confondre les épiploïtes ! Avec

presque toutes les tumeurs de l'abdomen, celles du foie, de l'épiploon, de l'estomac, du duodenum, de la rate, des organes génitaux.

Il est souvent difficile de différencier l'épiploïte d'une tumeur maligne de l'épiploon et un bel exemple nous en est donné par M. Bœckel (Obs. IV). Le malade déjà âgé avait subi la cure radicale, il était guéri et avait repris ses travaux, quand trois ans après l'opération il revint présentant une tumeur allant de l'ombilic à l'hypogastre. Cette tuméfaction s'était développée petit à petit, insidieusement, presque sans douleurs, seulement avec des nausées et de l'inappétence, et le malade était très amaigri et très affaibli.

D'après son siège superficiel il s'agissait là d'une tumeur de l'épiploon; le foie en était séparé par une zone sonore, il n'y avait aucun symptôme de néoplasme de l'estomac avec lequel on aurait pu le confondre et M. Bœckel, vu le développement insidieux, la cachexie du malade en fit un cancer de l'épiploon. On donna seulement de l'iodure à l'intérieur, mais les symptômes s'amendèrent, la tumeur diminua progressivement, l'état général s'améliora et on comprit alors qu'on avait eu affaire à une épiploïte plastique développée à la suite de la cure radicale de la hernie faite trois ans avant.

On peut aussi confondre une épiploïte à marche lente et à troubles digestifs accusés avec un cancer de l'estomac ou du duodénum.

Dans les deux douleurs très vives, survenant souvent

par crises, dans les deux troubles digestifs, nausées, vomissements, cachexie; dans les deux on peut sentir une tumeur abdominale dure et mate à la percussion, mais il y a des différences qui permettront de les distinguer :

Dans le cancer, le début est lent, le malade souffre de l'estomac depuis des années, il digère mal, il n'a pas d'appétit; dans l'épiploïte le début est plutôt brusque.

Dans le cancer les vomissements sont sanguins; ils sont alimentaires ou bilieux dans l'épiploïte.

Enfin, la cachexie est bien plus avancée dans le cancer et le malade a alors une teinte jaune paille caractéristique, tandis que dans l'épiploïte il conserve souvent sa santé et sa bonne mine; de plus dans le cancer on trouve des ganglions en particulier celui de Troisier.

Il peut être souvent assez difficile de différencier l'épiploïte d'une tumeur du foie ou d'un foie hypertrophié; dans ce cas, c'est par la percussion qu'il faudra délimiter la tumeur, en s'y prenant attentivement, on verra qu'elle ne se continue pas franchement avec le foie, mais qu'elle en est séparée par une zone de sonorité; de plus on ne trouve pas dans l'épiploïte les symptômes habituels des affections du foie.

Lorsque la tumeur épiploïque siège à gauche, il est possible de la confondre avec une rate très développée. M. Monod rapporte un cas (Obs. XII) où la tumeur

disparaissant sous les fausses côtes gauches était dure, mate et avant sa partie inférieure arrondie.

« La pensée de quelques-uns qui virent le malade à cette époque, fut qu'il s'agissait là d'une rate grosse débordant le rebord costal. Tel ne fut pas mon sentiment; tout d'abord, parce que la matité de la tumeur ne se continuait pas nettement avec celle de la rate, parce que, en raison du siège de la tuméfaction du même côté que la hernie opérée, et de son développement récent, en tout cas postérieur à l'opération, je ne pouvais me défendre d'établir une certaine relation entre celle-ci et les accidents actuellement observés. »

Enfin, l'épiploïte aiguë sera quelquefois difficile à différencier d'une péritonite partielle et en particulier d'une pelvi-péritonite.

Dans les deux cas nous trouvons une douleur vive exaspérée par les mouvements, de la constipation, des vomissements, une forte température, le pouls petit et fréquent, la face grippée, parfois du délire. Dans les deux cas le ventre est ballonné et très sensible au toucher, mais dans l'épiploïte la tumeur peut se sentir facilement à la palpation tandis que ce n'est qu'en combinant le palper et le toucher qu'on peut reconnaître la collection purulente de la pelvi-péritonite.

Le diagnostic de l'épiploïte aiguë du côté droit et de l'appendicite ne sera pas toujours facile. Nous trouvons dans ces deux affections une douleur survenant fréquemment par crises, de la résistance de la paroi

abdominale qui ne se laisse explorer que difficilement, de la constipation, des vomissements, mais dans l'appendicite la tuméfaction est moins nette et la douleur est localisée au point de Mac-Burney.

Dans les coliques néphrétiques et hépatiques, il y a de la douleur vive avec irradiations, mais pas de tumeur ni de fièvre, ce qui permettra facilement de les distinguer de l'épiploïte aiguë.

Ainsi, comme nous l'avons vu, le diagnostic est souvent difficile et le signe le meilleur, le plus important est de savoir si le malade a subi une opération de cure radicale de hernie. Il ne faut jamais négliger de rechercher cela lorsqu'on a affaire à une tumeur abdominale et toujours penser à l'opération comme cause initiale.

On sera bien sûr de son diagnostic, si la tumeur s'est développée peu de temps après l'opération et s'est formée rapidement.



COMPLICATIONS

Les complications sont nulles dans l'épiploïte plastique simple qui guérit facilement et en quelques jours, elles sont au contraire redoutables dans l'épiploïte avec adhérences et l'épiploïte suppurée.

Il pourra se créer comme dans nos observations I et XII des adhérences multiples avec les organes voisins et l'épiploon enflammé pourra former une masse considérable englobant l'estomac et le colon transverse.

Dans ces cas, on comprend facilement les souffrances et les troubles digestifs continuels qui détermineront les changements de rapports des organes; et le colon enserré dans la tumeur et ayant souvent subi des coudures nous expliquera les phénomènes de constipation opiniâtre devenant de l'obstruction intestinale.

Petit à petit le malade ne pourra plus s'alimenter, il sera d'ailleurs affaibli par les souffrances qui ne lui laisseront pas de repos et il se cachectisera de plus en plus.

Il arrivera un moment où la constipation qui ne cédaient que difficilement à tous les moyens thérapeutiques

sera impossible à vaincre et alors le malade s'éteindra avec tous les symptômes de l'occlusion intestinale, c'est-à-dire, hoquets, vomissements bilieux, alimentaires puis fécaloïdes, nausées, abaissement de température.

Ici seulement l'intervention chirurgicale, sectionnant les adhérences et libérant les organes pourra sauver le malade et rétablir sa santé, c'est ce qui est arrivé dans nos observations I et XII mais dans l'observation XIII due à M. Guinard « il fut impossible de dérouler les anses intestinales agglutinées les unes aux autres et adhérentes à la paroi » on fit l'entérotomie et le malade succomba.

Voyons maintenant les complications de l'épiploïte suppurée, elles sont nombreuses.

Si le chirurgien néglige d'ouvrir l'abcès, ou si le malade se refuse à toute intervention chirurgicale, le pus augmentant de volume et gagnant les parties voisines s'ouvrira une voie ou à l'extérieure ou à l'intérieur.

Le meilleur mode de terminaison, le moins dangereux est l'ouverture à l'extérieur par la peau qui deviendra rouge, chaude, luisante douloureuse peu à peu fluctuante, finira par se perforer et un pus jaunâtre épais s'écoulera au dehors.

Nous avons vu recueillir un cas semblable (Obs. VIII), emprunté à la thèse de M. Roche.

Mais le liquide septique pourra fuser vers la profondeur et pénétrer dans le péritoine, il se produira

aussitôt une péritonite à marche rapide et le malade succombera peu de temps après dans le collapsus. Nous estimons que cette terminaison est assez rare et nous n'en avons pas d'exemple; presque toujours l'inflammation crée des adhérences péritonéales qui empêchent la pénétration du pus.

Enfin, la collection septique pourra s'ouvrir dans les organes voisins, côlon, intestin, estomac. Si le pus pénètre dans le côlon ou l'intestin comme dans notre observation XI, le malade en allant à la selle éprouvera de fortes douleurs et sera tout étonné en examinant ses matières de les trouver mêlées de pus. S'il s'ouvre dans l'estomac il sera rendu par vomique.

Dans tous les cas, que l'ouverture se produise naturellement ou soit faite par le chirurgien, si tous les fils de soie cause primitive de l'infection, sont éliminées avec le pus, la poche se ferme, le malade va de mieux en mieux et en quinze jours tout est fini.

Mais, dans bien des cas (Obs. VIII), il restera plusieurs fils qui, situés « comme une épine au sein des tissus » feront continuer les accidents fébriles et détermineront une suppuration intarissable. Il s'établira une fistule qui chaque jour surtout pendant la journée, au moment des efforts laissera sourdre du pus, ou bien s'oblitérera pendant quelques jours pour s'ouvrir quand la poche sera distendue par le liquide septique.

La douleur, les nausées, les vomissements, la fièvre continueront, la cachexie augmentera et mettra la vie

du malade en danger, si l'élimination des fils de soie ne vient pas améliorer l'état.

Et même alors la lésion pourra s'étendre et l'inflammation gagnera l'épiploon en entier. On sentira une vaste tumeur abdominale de consistance pâteuse, le ventre se ballonnera, les matières et les gaz ne passeront plus, les vomissements seront fécaloïdes, le pouls sera filiforme, la température s'abaissera et finalement le malade s'éteindra dans le collapsus.

PRONOSTIC

Le pronostic est extrêmement bénin dans l'épiploïte plastique simple, et au bout de quelques jours de repos la guérison est complète.

Il est au contraire très grave dans l'épiploïte avec adhérences multiples qui détermineront de grandes douleurs et pourront causer la mort par obstruction ; l'opération qu'il faut faire dans ces cas est longue, difficile et ne sauve pas toujours le malade (Obs XIII).

Le pronostic est à craindre aussi dans les épiploïtes suppurées, surtout lorsque le malade refuse énergiquement l'opération, car le pus peut s'ouvrir dans le péritoine et causer une péritonite mortelle. Enfin de quelque façon que se soit ouvert l'abcès, il peut en résulter une fistule qui affectera le malade et à la longue l'affaiblira considérablement.

TRAITEMENT

Nous allons passer en revue les différentes sortes d'épiloïtes en indiquant le traitement qui convient à chacune et en commençant par la variété la plus commune.

Dans l'épiloïte plastique simple, aussitôt que l'on a constaté les phénomènes douloureux et la tuméfaction il faut faire coucher le malade, qui souvent a continué à vaquer à ses occupations. On enduira le ventre d'une couche d'onguent mercuriel ou bien on y placera des vessies de glace. Le malade sera alimenté seulement avec du lait et du bouillon, enfin on emploiera pour combattre la constipation rebelle les différents purgatifs, et surtout de grands lavements d'huile remontant très haut grâce à une sonde.

La guérison ne se fait pas attendre et en une dizaine de jours, tumeurs et phénomènes douloureux disparaissent comme nous le montrent les nombreuses observations dues à MM. Morestin et Bœckel (Obs. II, III, IV, V, VI, VII).

Toutefois, même dans ces cas simples, le chirurgien

surveillera attentivement son malade et se tiendra prêt à intervenir au premier accident.

Si maintenant il existe des adhérences qui obstruent l'intestin, interrompent le cours des matières, et causent au malade des douleurs intolérables, le chirurgien doit intervenir ; d'ailleurs, il faut convenir que le malade espérant mettre une fin à ses souffrances demande souvent l'opération.

Dans ces cas il n'y a qu'une seule chose à faire : la laparotomie.

Il faut avec toutes les précautions antiseptiques voulues, ouvrir le ventre, sectionner les adhérences et libérer autant que possible les organes qui sont ensermés dans la masse ; s'il existe des abcès, il faut en même temps les ouvrir.

Nous devons à l'obligeance de M. Morestin une très belle observation (Obs. I) où « l'épiploon épaissi, induré, sclérosé, formait une masse confondue avec la grande courbure de l'estomac et le colon transverse qui étaient si intimement fusionnés avec elle, qu'il était impossible d'en distinguer les limites ».

Il était impossible d'enlever toute la masse épiploïque, car il aurait fallu sectionner une partie du colon et de l'estomac, M. Morestin enleva ce qu'il pût, coupa les adhérences et la malade guérit très bien.

Il en est de même dans l'observation XII, mais dans l'observation XIII, M. Guinard trouva les anses intestinales agglutinées les unes aux autres et impossibles à dé-

rouler, il fit alors l'entérotomie, mais le malade succomba.

Voyons maintenant le traitement de l'épiploïte suppurée.

Dès le début, s'il existe seulement quelques accidents fébriles, de la douleur et de la tuméfaction de l'abdomen, il nous semble préférable d'instituer tout d'abord le traitement médical que nous avons indiqué. M. Roche préconise dans ces cas de grands cataplasmes laudanisés appliqués sur le ventre et qui auront l'avantage de combattre l'inflammation et de diminuer la douleur.

Mais, si les symptômes primitifs, loin de s'amender, prennent plus d'importance, si les douleurs augmentent, si la fièvre monte, si enfin la tumeur grossit et devient fluctuante, il faut immédiatement ouvrir l'abcès.

Il faut procéder avec précaution, inciser couche par couche les différents plans de la paroi abdominale et enfin ouvrir la poche purulente.

On recherche s'il y a des fils de soie dans le pus, on explore avec le doigt le fond de la cavité, et si on trouve des rugosités indiquant un fil, avec une curette ou une pince on s'efforce de l'extraire.

Puis on touche le fond de la cavité avec de l'acide phénique au 1/10^e ou encore avec du naphthol camphré, on met un drain, une mèche de gaze iodoformée et on fait par dessus le pansement ordinaire.

Si tous les fils de soie ont été éliminés, la guérison

ne se fait pas attendre ; mais dans le cas contraire, une fistule intarissable persiste, et le chirurgien sera obligé, à notre avis, d'intervenir de nouveau et d'enlever, s'il le peut, toute la tumeur epiploïque contenant dans sa masse les fils qui sont la cause de la suppuration.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Inédite, due à l'obligeance de M. Morestin.

Epiplote consécutive à une opération de hernie ombilicale étranglée. Absès. Fistule consécutive. Laparotomie. Extirpation d'une grosse masse d'épiploon enflammé. Guérison.

Amélie T..., 69 ans, a été opérée successivement à quelques semaines d'intervalle de deux hernies étranglées, l'une crurale du côté gauche, le 10 janvier, l'autre ombilicale, le 15 mars 1897. Cette dernière opération, pratiquée par M. le professeur Le Dentu, a été très laborieuse. Il s'agissait d'une de ces grosses et anciennes hernies contenant une partie du gros intestin et de l'épiploon, dans un sac irrégulier et cloisonné, avec adhérences étendues des viscères et du sac.

Une très longue cicatrice médiane indique qu'il a fallu une incision très étendue pour pratiquer cette opération.

La malade a bien supporté cette intervention dont les suites immédiates ont été très simples. Mais quelque temps après il s'est produit un empâtement avec fièvres, douleurs, vomissements, puis un abcès s'est ouvert à peu de distance au

dessus du point où devait se trouver l'ombilic (supprimé par l'omphalectomie). Cet orifice ne s'est jamais fermé, il est devenu fistuleux et donne issue à un écoulement de pus peu abondant, mais intarissable, qui chagrine infiniment la pauvre femme.

A différentes reprises, des fils de soie ont été éliminés par la fistule, mais sans qu'il y ait eu aucun changement dans la suppuration. Ainsi, depuis dix huit mois, la malade est condamnée à porter un pansement. De temps en temps, elle est prise d'accidents plus sérieux. Le ventre se ballonne, il devient douloureux dans toute sa partie supérieure; cet état s'accompagne de nausées et de vomissements. Après deux ou trois jours, ces phénomènes s'amendent et madame T... peut reprendre sa vie ordinaire. Mais fatiguée de la répétition incessante de ces accidents, elle vient nous demander au mois de septembre de la débarrasser coûte que coûte, et elle est admise de nouveau à Necker au n° 22 de la salle.

Le ventre est énorme et la paroi tellement chargée de graisse, que la palpation de l'abdomen ne peut nous donner de renseignements utiles.

La fistule siège sur la ligne médiane dans la région ombilicale. Le stylet ne s'enfonce qu'à une très faible profondeur. On peut se demander si la persistance de la suppuration tient à la présence de quelque fil ou bien si elle vient de la profondeur.

Le 6 septembre, je fais une sorte d'opération exploratrice. Après infiltration cocaïnique, j'agrandis la petite plaie après avoir cureté l'entonnoir fougueux, où s'ouvre la fistule du côté de la peau. J'arrive dans une galerie transversale où mon stylet s'arrêtait. Le trajet se dirige vers la gauche, horizontalement dans l'épaisseur de la paroi. Un nouveau débridement met à découvert cette portion transversale, mais à son extrémité aboutit un autre boyau où le stylet s'enfonce directe-

tement vers les profondeurs de la cavité abdominale sur une longueur de 8 à 9 centimètres.

Je pense alors qu'il s'agit de fils enkystés dans le moignon épiploïque, chroniquement enflammé et je remets à plus tard une intervention plus sérieuse. En attendant, le trajet fut dilaté avec des lamineurs. On y fit des injections répétées, le tout sans résultat.

Enfin, je cède aux instances de la malade et l'opérai le 6 octobre 1898. La fistule fut circonscrite par une incision elliptique, dont les deux extrémités sont prolongées en haut et en bas sur une étendue assez considérable, si bien que l'incision totale a à peu près 12 centimètres.

Le losange cutané supportant la fistule est saisi et maintenu par des pinces de Kocher. Le ventre est ouvert à gauche de l'orifice fistuleux, peu à peu le segment de la paroi entourant ce orifices est isolé complètement.

Ces manœuvres sont délicates. La graisse est accumulée en quantité énorme sous la peau et sous le péritoine. La graisse sous-péritonéale, molle et diffuente, est sillonnée de veines fragiles qui saignent assez abondamment.

Une masse considérable adhère à la paroi et forme une grosse tumeur, du volume du poing où s'enfonce le trajet fistuleux. Je finis par libérer cette masse et l'attirer au dehors avec le segment de paroi qui a été isolé et auquel elle adhère. Cette masse est formée par l'épiploon, épaissi, induré, sclérosé.

Elle est confondue avec la grande courbure de l'estomac et le côlon transverse, qui sont si intimement fusionnés avec elle qu'il est impossible d'en distinguer les limites. Après avoir protégé le péritoine, j'ouvre le trajet fistuleux avec les ciseaux dans toute sa longueur.

Il aboutit à une sorte de cavité transversale, très profondément située entre le côlon et l'estomac. Cette cavité est aussi ouverte par sa face antérieure. C'est là que sont logés

les fils de soie, dans de petits nids juxtaposés comme des alvéoles, d'où évidemment ils ne seraient jamais sortis sans cette intervention.

Toute la grosse masse formée par l'épiploon est réséquée. Le fond de la cavité est nettoyé, cureté, touché à l'eau phéniquée. Mais on ne peut songer ni à réduire dans le ventre ces tissus infectés, ni à les supprimer complètement, puisqu'il faudrait pour cela enlever une bonne partie du côlon, et inciser une notable étendue de la grande courbure de l'estomac.

Le fond de la poche est attiré dans la plaie et fixé au péritoine pariétal par une couronne de crins de Florence. Le fond de la poche forme une surface concave qui se couvrira de bourgeons, qui amèneront là une cicatrisation par seconde intention. Le reste de la plaie abdominale est refermé au dessus et au dessous par des crins et des fils d'argent.

L'opération a été assez longue, elle a duré près d'une heure, mais elle a été assez bien supportée par cette vieille femme. Les deux journées suivantes ont été parfaites, mais le troisième jour, cette malade a été prise d'une congestion pulmonaire assez intense qui devait naturellement nous inspirer de l'inquiétude chez une personne âgée.

Heureusement ces accidents pulmonaires ont été de courte durée, et se sont terminés au bout de trois jours de la façon la plus favorable.

Quelques ventouses scarifiées, un peu de Kermès, une potion de Todd avaient fait tous les frais de la thérapeutique de cette complication.

Le 15 octobre, tous les fils furent enlevés. Notre malade était alors en très bonne voie de guérison. La cicatrisation s'est opérée rapidement et le 15 novembre Amélie T... guérie quittait l'hôpital.

OBSERVATION II

Inédite, due à M. Morestin.

Épiploïte consécutive à une cure radicale de hernie inguinale.

M. Marius P... instituteur à la Martinique, a été opéré le 20 déc. 1897 d'une hernie inguinale gauche. C'est un homme jeune encore, 35 ans, mais anémié et débilité par la vie coloniale.

Sa hernie datait de plusieurs années, elle était mal contenue par le bandage. Dans le sac épais et entouré d'une couche de graisse considérable il y avait une portion importante de l'épiploon, dont une partie était altérée, roulée sur elle-même et formant bouchon.

Cet épiploon fut réséqué après ligatures à la soie, et l'opération fut terminée par la suppression du sac et la réfection du trajet inguinal.

L'opéré était guéri et sortait depuis plusieurs jours quand il vint me consulter pour une douleur qu'il éprouvait du côté gauche et qui l'empêchait de serrer la ceinture de son pantalon. En palpant l'abdomen, je sens entre l'ombilic et le rebord des fausses côtes une sorte de tumeur à limites diffuses, dont l'étendue pouvait être comparée cependant à celle de la paume de la main. Cette plaque dure, ce gâteau était légèrement douloureux à la pression. D'ailleurs pas de troubles digestifs bien caractérisés. Au bout de peu de temps cette gêne douloureuse occasionnée par la marche et par la striction de la ceinture diminua rapidement. La tumeur elle-même s'est résorbée graduellement et finalement a disparu petit à petit sans laisser aucune trace. J'ai revu récemment M. P... dont la santé est irréprochable depuis cette époque.

OBSERVATION III

Inédite, due à M. Morestin.

Epiplôte consécutive à une cure radicale de hernie.

X., 22 ans, entré en mars 1899 à l'hôpital St-Louis, isolement n° 20. Il a été opéré le 1^{er} avril par un des internes du service d'une double hernie inguinale. Au cours de l'opération, l'épiploon qui occupait le sac herniaire, du côté gauche, a été réséqué sur une assez grande étendue. Lié en chaîne avec des fils de catgut, il a été réduit dans le ventre. L'opération fut ensuite terminée par extirpation du sac et sutures perdues au catgut, à points séparés embrassant et fronçant la paroi antérieure du canal inguinal.

Même opération du côté droit, à cela près qu'on n'avait pas affaire à l'épiploon.

De ce côté la réunion a été immédiate et parfaite. Du côté gauche, il y a eu une très légère suppuration, mais, si peu importante que le 14 Avril la plaie était cicatrisée. Mais, ce jour là, en examinant le malade, pour voir s'il pouvait rentrer chez lui sans danger, il me dit qu'il éprouvait dans la partie supérieure du ventre des douleurs peu vives à la vérité, mais qui étaient réveillées par les mouvements, la toux, l'action de cracher, de se moucher et qui revenaient spontanément après chaque repas.

L'attention appelée de ce côté, je procède à un examen soigneux de l'abdomen. Au dessus de l'ombilic est une voussure peu accentuée mais visible. La palpation fait reconnaître à ce niveau une tumeur; dont les dimensions sont comparables à celle d'une grosse orange, bien que ses limites indécises soient assez difficiles à apprécier.

C'est une masse dure uniformément résistante, donnant la sensation de gâteau.

Le diagnostic d'épiploïte fut immédiatement porté, épiploïte subaiguë, conséquence de l'opération, et pour nous résultant d'une légère infection par le catgut qui avait servi aux ligatures.

Comme il n'y pas de fièvre, (le malade avait eu 38° pendant deux jours, puis la température était redescendue à la normale) comme les douleurs étaient modérées, même à la pression directe, que le reste du ventre était souple et que les fonctions digestives s'accomplissaient normalement, il n'y avait qu'à attendre les événements, avec l'espérance fondée que les choses s'arrangeraient d'elles-mêmes.

Le malade a été surveillé de fort près, et il fut bientôt évident qu'il allait guérir spontanément. Les légers troubles fonctionnels ont été en s'atténuant. La douleur à la pression est devenue plus obtuse, enfin le gâteau épiploïque a commencé sa régression graduelle. C'est dans ces conditions que le malade nous a quittés le 33 Avril. Depuis il nous a donné de ses nouvelles qui sont satisfaisantes, puisque l'appétit et le sommeil sont excellents et qu'il ssuffre à peine de sa tumeur. Il est donc probable sinon certain qu'il achèvera de guérir sans incidents nouveaux.

OBSERVATION IV

Jules Boeckel. — *Revue de gynécologie* 1897.

Dans le courant de l'année 1891, j'étais appelé par M. Riff auprès d'un de ses clients, un homme de cinquante ans que j'avais opéré trois ans auparavant, le 25 avril 1888, d'une volumineuse hernie, vieille de trente ans, qui n'avait jamais été maintenue.

Cette hernie était facilement réductible, mais on ne pouvait plus songer actuellement à la maintenir par un bandage. Je fis donc la cure radicale qui ne présenta aucun incident digne d'être noté. Je réséquai un paquet d'épiploon de 300 grammes après fragment en plusieurs faisceaux liés à la soie. La guérison se fit par première intention. Au bout de 3 mois, un fil de soie, muni de son nœud, s'élimina par un petit abcès de la cicatrice ; à dater de là, tout rentra dans l'ordre, la hernie était devenue facilement coercible, et le malade put reprendre son métier qu'il exerça pendant trois ans.

En 1891 apparut à l'épigastre et à l'ombilic une tumeur qui se développa insensiblement, au point d'acquérir, lorsque je revis le malade, les dimensions de deux gros poings d'adulte. Cette tumeur s'était développée lentement, insidieusement, sans s'accompagner de symptômes bien alarmants autres que des nausées assez pénibles et une inappétence complète. L'amaigrissement avait fait de rapides progrès et actuellement la cachexie était assez avancée. Du côté de l'ancienne hernie on ne constatait pas de récurrence, ni aucune particularité autre. Il ne semblait pas qu'il y eût le moindre rapport entre l'opération subie il y a trois ans et l'affection actuelle. Ce fut du moins notre impression première. Le diagnostic ne paraissait pas devoir faire l'objet du moindre doute : le siège superficiel de la tumeur que l'on sentait pour ainsi dire sous la peau, indiquait qu'elle avait pris naissance dans l'épiploon ; elle n'avait aucune connexion avec le foie dont la séparait une zone sonore et pouvait facilement être déplacée à gauche et à droite ; tout au plus pouvait-on songer à un néoplasme de la grande courbure de l'estomac, mais les symptômes, somme toute légers, observés chez le malade ne pouvaient justifier cette manière de voir.

Quant à la nature de la tumeur, l'hésitation ne semblait pas permise non plus. Je la considérai comme carcinome de

l'épiploon et ne songai pas un instant à intervenir. Je prescrivis de l'iodure à l'intérieur et des frictions iodurées à l'extérieur.

L'état resta sensiblement stationnaire pendant près de six mois, avec, de temps en temps, des moments d'amélioration. Les symptômes gastriques finirent par s'amender au bout trois mois. Vers la fin du cinquième mois la tumeur subit un commencement de régression et disparut entièrement dans le courant du sixième.

A partir de cette époque, l'alimentation redevint normale et en peu de temps, M. R... fut en état de reprendre ses occupations, qu'il n'interrompit plus depuis lors.

L'erreur qui tout d'abord m'avait fait prendre l'affection en question pour un carcinome de l'épiploon était, ce me semble, bien excusable. En effet, mon diagnostic, basé sur le siège de la tumeur, sur son développement lent, insidieux, la cachexie avancée du malade étaient autant de symptômes qui pouvaient donner le change. Et cependant, en voyant la situation se prolonger, des doutes surgirent dans mon esprit. Ces doutes se changèrent en certitude le jour où je constatai positivement que la tumeur diminuait de volume. Je me demandai dès lors si nous n'avions pas eu affaire à une forme d'épiploïte plastique, en rapport évident avec la cure radicale subie trois ans avant.

OBSERVATION V

M. Jules Boeckel. — *Revue de gynécologie.*

Dans le courant de l'année 1896, je fus consulté par un de mes confrères du dehors qui, trois semaines auparavant, avait fait une cure radicale à un homme de trente-quatre ans. La hernie était une entéro-épiplocèle. Un paquet d'épiploon divisé en deux pédicules avait été lié à la soie stérilisée et résé-

qué. Tout avait maché à souhait, et la guérison s'était faite par première intention. Or, voici qu'après trois semaines, le malade, sans symptômes prémonitoires d'aucun genre, sans fièvre, sans douleur, sentit, au dessus de l'ombilic, une petite tumeur qui grandit au point d'atteindre, en quelques jours, les dimensions d'un poing. Il en informa aussitôt son médecin. Celui-ci, alarmé par ces symptômes, et craignant la formation d'un abcès, me demanda par écrit la conduite à tenir, me priant de me mettre en route à la première requête. Me rappelant le cas que j'avais observé quelques années auparavant, je le rassurai, lui disant qu'il s'agissait, sans doute, d'une épiploïte plastique. Je lui conseillai la temporisation.

Médecin et malade s'en trouvèrent bien, car sous l'influence de la glace et du repos, la tumeur céda au bout d'une quinzaine de jours, sans plus reparaitre dans la suite.

OBSERVATION VI

M. Jules Bœckel. — *Revue de gynécologie.*

Il s'agissait d'un élève en pharmacie, âgé de 23 ans, atteint d'une hernie épiploïque, réductible en partie, mais non coercible. Au cours de la cure radiale, pratiquée le 16 mars 1896, je réséquai 250 grammes d'épiploon, après ligature au catgut chromique de quatre faisceaux isolés. Ligature du sac et suture de l'anneau avec la même substance. Suites très simples, Exéat le neuvième jour ; guérison par première intention.

Après avoir passé quelques jours dans sa famille, le jeune homme retourne à son poste, en Suisse, où il est commis pharmacien. Un mois après, il est pris, du jour au lendemain, de symptômes gastriques, sans avoir fait le moindre excès.

Il perd l'appétit, éprouve des douleurs de ventre et du tenesme rectal, tout en étant constipé.

Le lendemain, il ne persistait plus qu'un peu de céphalée. On attribua ces symptômes à une indigestion. Le troisième jour, le malade eut une petite selle.

Le quatrième jour, il éprouva une douleur dans la région du foie et fut incapable de se lever. En même temps, il prit une fièvre violente à 40°5 avec 140 pulsations à la minute.

Des cataplasmes triomphèrent cette fois encore du mal, et au bout de deux jours le jeune homme put se lever après avoir eu une selle copieuse.

Se croyant guéri, il mangea un beefsteack, mais, dès le lendemain, les douleurs reparurent plus violentes que jamais, s'accompagnant d'une fièvre oscillant entre 38°5 et 39°8.

Huit jours après, M. Bourquin, de la Chaux-de-Fonds, qui soignait le malade, constata pour la première fois un empâtement sous la région sous-ombilicale droite. Craignant la formation d'un abcès, il appela en consultation M. de Quervain, dont je transcris les notes : « Lorsque je vis M. L... , il présentait une résistance diffuse, sensible à la pression et une matité correspondant dans le mésogastrium droit, qui s'étendait de deux travers de doigt au dessous de l'ombilic jusque vers le rebord des fausses côtes, remplissant une partie du flanc droit. Ce foyer était indépendant du foie, de la vésicule biliaire et du cœcum, la région ilio-cacale étant, d'autre part, absolument indolore, il ne pouvait s'agir que d'un processus inflammatoire qui, selon toute probabilité, était en rapport avec la cure radicale. Nous supposâmes qu'on avait été obligé de faire une résection de l'épiploon, et qu'il s'était établi une inflammation ou un abcès enkysté au niveau du moignon épiploïque. Je pris le malade à ma clinique pour l'observer et établir une ouverture de l'abcès en cas de nécessité. Heureusement la résorption se fit sous l'application de glace, combinée à l'opium pris à l'intérieur, sans aucune complication. La fièvre disparut peu à peu et la résistance de la tumeur diminua in-

sensiblement après trente-deux jours de repos au lit. A l'heure actuelle, la tumeur a presque entièrement disparu, de sorte que le malade est parfaitement en état de rentrer chez lui.

OBSERVATION VII

Jules Bœckel. — *Revue de gynécologie*, 1897.

J'opérai dans le courant de mai 1896, un enfant de sept ans, d'un épiplocèle en partie réductible. L'épiploon fut lié en deux faisceaux avec de la soie stérilisée, et, après résection, fut réduit dans l'abdomen. Le sac, très mince, fut lié circulairement avec un fil de même nature. Sa guérison se fit sans incidents, et, huit jours après, mon petit opéré passait deux heures dans un fauteuil.

Au bout de quinze jours, je lui permis de partir pour la campagne. Tout alla à merveille et l'enfant jouait toute la journée. Un beau matin, juste trente jours après mon intervention, il fut pris d'une fièvre intense, à 39°3, accompagnée d'une diarrhée violente, sans douleurs abdominales. Au bout de six jours, le petit patient semblait guéri. Mais un mois après se déclaraient de nouvelles douleurs dans l'abdomen. Le ventre très sensible au toucher, surtout dans la région péri-ombilicale, pouvait à peine être palpé. La température atteignit 39°8, 40°; après quelques jours de repos et de traitement médical ordinaire, les douleurs diminuèrent d'intensité. On put alors constater dans la région ombilicale une tumeur résistante, du volume d'une orange, roulant sous les doigts.

Petit à petit, la tumeur diminua; au bout d'un mois, on n'en sentait plus trace.

OBSERVATION VIII

De M. Forgue, publiée dans la thèse du M. le docteur Roche.
(Résumé).

R..., 36 ans, porteur depuis sept ans d'une hernie inguinale droite, réductible et peu douloureuse. Le 3 décembre 1895, symptômes d'étranglement : vomissements muqueux et bilieux, fièvre, gonflement douloureux de la partie. Deux ou trois évacuations liquides peu abondantes, expulsion assez fréquente de gaz.

L'examen local corrobore ce diagnostic d'épilocèle irréductible et enflammé ; la tumeur herniaire, du volume d'une grosse orange est molle et mate à la percussion. Opération immédiate, on arrive sur la sac mince et transparent. On tire à soi la masse épiploïque qui est très congestionnée et couleur lie de vin et qui adhère un peu à la face interne du sac. On place une ligature de soie à quelques centimètres au dessus de la partie correspondant au collet, on résèque la masse sous-jacente et on réduit le pédicule dans l'abdomen. Le sac est lui-même réséqué et le moignon réduit. Deux plans de suture, l'un à la soie, l'autre au fil métallique, pansement iodoformé compressif.

Suites immédiates excellentes, sauf l'agitation considérable le soir de l'opération et due à l'alcoolisme.

On enlève les fils le 14. La réunion a été immédiate et complète. Le malade sort le 18 en parfait état. On substitue au pansement complet des jours précédents un pansement léger au collodion iodoformé. Transporté chez lui en voiture, il y reste au repos pendant huit jours.

Le 8^e jour, éjaculation involontaire pendant le sommeil ; le même jour, à 11 heures, le malade se lève et fait une promenade de trois heures à la campagne.

Dès le soir, il se sentit tout fatigué il dormit mal et, le lendemain, des phénomènes de péritonite apparaissent: nausées suivies bientôt de vomissements verdâtres et plus tard fécaloïdes, vives douleurs abdominales généralisées, météorisme, constipation absolue, fièvre vive, pouls petit, arythmique, de 100 pulsations, facies grippé et un peu de délire.

M. Forgue prescrit des boissons glacées, de l'onguent mercuriel sur le ventre et surtout de grands cataplasmes très chauds et renouvelés. Sous l'influence de cette médication, les phénomènes s'atténuaient en quatre ou cinq jours. L'attention fut alors attirée du côté de la région opérée par des douleurs très intenses, partant du testicule droit, suivant le cordon, et remontant dans la fosse iliaque et dans tout le flanc droit. Localement on constatait une rougeur vive et un empâtement diffus siégeant au dessus de l'arcade crurale sur une hauteur de cinq travers de doigt environ. Cette région étant douloureuse au palper. La tuméfaction était profonde, sous-jacente au plan musculo-interne qui ne s'enflamma que secondairement. Cet état de vives douleurs locales, accompagné de fièvre, de perte de l'appétit et de paresse intestinale dura cinq à six jours, le malade répugnant à toute intervention.

Le 10 janvier, une abondante collection purulente s'ouvrit entre l'ombilic et l'arcade; l'exploration au stylet montra le siège profond de ce foyer et sa situation évidemment sous-jacente au plan sous-péritonéal.

On fit le diagnostic de tumeur épiploïque. On ne pouvait, en effet, en raison des symptômes péritonéaux du début, que faire ces deux hypothèses: ou péritonite localisée ou épiploïte. L'apparition tardive des phénomènes inflammatoires, la localisation du processus, l'inflammation épiploïque antécédente, permettent d'attribuer logiquement à l'épiploon le point de départ de cette vive phlegmasie.

Cette ouverture spontanée de l'abcès mit fin aux douleurs

et améliora l'état général. Le malade marcha vers la guérison gardant toutefois de la constipation et de la douleur.

Revu le 20 mars 1896, l'état général bon, mais un peu de pâleur et d'amaigrissement, plus de constipation. Il reste un orifice fistuleux à 6 centimètres de l'arcade crurale. Cet orifice à bords minces, décollés, laisse sourdre un liquide puriforme, louche, qui coule plus abondamment dans la journée sous l'influence des efforts. Cette persistance de la fistule s'explique évidemment par la présence des fils infectés de la ligature épiploïque ; le malade s'oppose à toute intervention de recherche et d'ablation de ces fils.

OBSERVATION IX

Publiée dans la thèse de M. Roche (Résumé).

M., Aug., 20 ans, depuis six mois porte une hernie inguinale droite mal contenue par le bandage

Le 7 février 1896, opération. L'épiploon est saisi, on place une ligature en chaîne en fil de soie et on résèque au dessous ; cette partie réséquée pèse 70 grammes.

La plaie est fermée au moyen de deux plans de suture superposés au fil de soie ; un troisième plan superficiel au fil métallique réunit la peau. Pendant les huit jours qui suivirent, pas d'élévation de température ; état général bon, mais excitation extrême.

Le 15 février, jour du premier pansement, réunion par première intention, mais un des fils métalliques avait créé une ulcération superficielle qui, cinq jours après, montre une légère suppuration de la peau.

On apprend que le malade, dans son excitation, a passé les mains sous son pansement qu'il a même souillé de son urine.

Le 17, T. m. 36°9 ; s. 38°7. Ce jour-là, le malade se plaint

de vives douleurs abdominales, il pousse continuellement des cris. Au palper, on trouve dans le bas flanc droit une masse empâtée, mate à la percussion, douloureuse à la palpation profonde, à gauche, entre l'arcade crurale et l'ombilic, la vue et le toucher permettent de reconnaître la présence d'anses intestinales saillantes, tendues, sonores, évidemment dilatées en amont de l'obstacle créé par le gâteau épiploïque.

Etat général mauvais. T. m. 38° ; s. 39° : pouls petit, rapide, nausées, constipation opiniâtre.

On lui met sur le ventre de grands cataplasmes chauds et on lui donne des purgatifs, qui sont à peu près inefficaces.

L'empatement gagne les couches pariétales et sous-cutanées, la fièvre est intense, les douleurs très vives.

Le 27 février, T. m. $38^{\circ}3$. En allant à la selle, le malade éprouve brusquement une douleur vive, suivie d'une évacuation très abondante. Cela surprend le malade qui examina ses selles et trouva qu'elles contenaient un liquide verdâtre, strié de rouge. Dès le soir, la température tombait à 37° où elle est restée.

Dès ce jour l'amélioration est progressive: pendant une dizaine de jours, l'empatement du flanc droit ne présente qu'une légère diminution, mais le tympanisme tend à disparaître. A droite, la palpation continue à révéler la présence de cette nappe sous pariétale de phlegmon dur, formé vraisemblablement par le moignon épiploïque, mastiqué avec les anses voisines.

14 mars. Il ne restait plus entre l'ombilic et l'arcade crurale du côté droit qu'un petit gâteau d'induration profonde.

20 mars. Quitte l'hôpital bien portant et ne gardant qu'un point d'infection circonscrit et profond en dehors et en bas de l'ombilic à droite, vers la région crurale.

OBSERVATION X

M. Forgeue, publiée dans la thèse du D^r Roche (Résumé).

G... I., scieur à la mécanique, a depuis quatre ans une hernie scrotale qui le gêne et dont il veut se faire opérer. On fait le diagnostic d'épiploïte partiellement adhérente.

19 août, opération par M. le professeur Forgeue, on trouve de l'épiploon adhérent, où le résèque très haut. La portion de l'épiploon réséquée pèse 125 gr.

24 août, pansement. Réunion par première intention.

Le malade sort le 2 septembre guéri. Chez lui il se repose un peu et reprend ses occupations vers le 20 septembre; le 24 il veut réintégrer le lit conjugal, et c'est le 25 qu'il est pris d'une vive douleur dans le flanc droit.

Le 1^{er} octobre, on trouve une masse volumineuse, empâtée, mate, très douloureuse, siégeant en dehors et au dessous de l'ombilic et à droite. Constipation absolue, nausées, mais pas de vomissements; la fièvre monte jusqu'à 39.7

On applique de grands cataplasmes chauds et on combat la constipation par des lavements et des purgatifs.

Puis un point central étant devenu fluctuant, M. Forgeue incise et ouvre une collation profonde, sous-péritonéale.

La cavité fut soigneusement détergée, touchée au chlorure de zinc à 1/10, drainée avec de la gaze iodoformée. Les jours suivants, sécrétion purulente, abondante, nécessitant fréquents pansements. Un jour, on nota l'élimination d'un brin de soie. La réparation et la cicatrisation furent lentes: ce n'est que le 3 décembre qu'elles furent complètes.

OBSERVATION XI

Due à M. L. Mencièrre et parue dans la *Gazette hebdomadaire*
(Résumé).

M. L... Adrien, voyageur de commerce, a, depuis l'âge de 13 ans, une hernie inguinale droite, difficilement maintenue par le bandage et occasionnant des coliques et des douleurs locales.

En septembre 1896, je constatai une épiplocèle inguinale droite partiellement irréductible, avec petits noyaux durs qui après réduction, restent dans le sac.

Le 22 septembre, je pratiquai là une cure radicale, je trouvai l'épiploon non adhérent, je réséquai 470 gr. d'épiploon et divisai le pédicule en deux moignons liés à la soie...

Les suites opératoires furent parfaites, pas de symptômes fébriles.

Le 29 septembre, j'enlevai les fils et constatai une réunion parfaite, sans aucune rougeur à la peau.

Le 3 octobre, le malade se plaignait d'avoir un peu souffert la nuit et de se sentir mouillé; je le pansai et constatai une collection de pus rouge et épais. Il n'en résulta d'ailleurs qu'un malaise de 24 heures. Le malade allait très bien et je le fis lever le 18 octobre.

Le lendemain de cette première levée, il se plaignit de souffrir au creux de l'estomac: il eut des coliques intenses, une diarrhée abondante, 38,5 de température; le ventre était dur, douloureux à la pression.

Pendant trois jours il eut ainsi de la fièvre et du malaise, de la constipation, pas d'appétit; cela s'améliora du 23 au 27 octobre. Puis une nouvelle poussée du 27 au 29, les accidents furent identiques aux précédents, mais la douleur de l'estomac vint occuper l'hypogastre. Les parties supérieures

de l'abdomen d'abord dures redevinrent souples et à la région hypogastrique se dessina une tumeur dure, mate, située en majeure partie à gauche et atteignant l'ombilic en haut.

Lorsque les phénomènes furent nets, le 6 novembre, la température remonte à 37°,8, et le 7 novembre je pratiquai une incision : derrière l'aponévrose du muscle droit, j'effondrai à la sonde cannelée une vaste poche purulente et je plaçai deux gros drains. Pas de lavage pansement au salol. Le pus très épais, crémeux contenait du staphylococcus albus, d'après l'examen du docteur Mery.

Je profitai du sommeil chloroformique pour débrider la fistulette qui existait à la partie moyenne de la cicatrice opératoire. Entre la peau et la paroi abdominale, je trouvai les fils de soie de la suture profonde déjà très mobilisés et les enlevai à la curette. Huit jours après, cette plaie était cicatrisée.

A partir du 8 novembre, la température reste entre 37° et 37°,5, la suppuration devient insignifiante, l'appétit revient, l'état général devient parfait.

Le malade se lève le dixième jour après l'opération et fut entièrement guéri en trois semaines. Je n'ai pas vu le fil de soie qui est la cause probable des accidents.

OBSERVATION XII (Résumé)

Due à M. Monod et parue dans le bulletin de chirurgie

Obstruction partielle de l'intestin (colon transverse) par brides d'origine épiploïque (épiploïte plastique) chez homme ayant subi la cure radicale d'une hernie inguinale

Le malade âgé de 28 ans fut opéré à St-Antoine le 13 septembre 1898. On dû réséquer un large fragment d'épiploon.

Pas de suites opératoires et le malade guéri sortait un mois plus tard.

Il se représente à St-Antoine quinze jours après souffrant du ventre. Cette douleur débute par un point de côté, puis gagne tout le ventre et s'irradie dans les bourses; elle est très vive revient par crises durant quinze à vingt minutes et se reproduisant plusieurs fois dans la journée. Après la crise succède une période de calme.

M. Monod vit le malade en novembre, il était dans la période de calme, mais on sentait sous le rebord costal gauche, une tuméfaction dure, à bord inférieur arrondi, la limite supérieure s'enfonçait sous les côtes.

La tumeur était mate à la percussion, peu douloureuse au toucher. M. Monod pensa de suite à une épiploïte, il mit le malade en observation, assista au retour des crises et vit que véritablement la douleur et le malaise général étaient considérables. De plus on voyait pendant les crises une grosse anse intestinale se dessiner sous la peau animée de mouvements péristaltiques.

On pensa que la tumeur était en rapport avec le côlon et en troublait le fonctionnement.

Au bout d'un mois d'attente M. Monod se décida, sur les instances du malade, à aller par une laparotomie chercher à lever l'obstacle situé sur le trajet du côlon.

M. Monod fit une incision allant de l'épigastre à l'ombilic; le péritoine ouvert, la tumeur est trouvée à gauche de l'incision mais cette tumeur adhère intimement à la face profonde de la paroi abdominale et elle s'enfonce profondément dans le flanc gauche.

Il fallut donner du jour, de l'extrémité inférieure de la première incision, M. Monod en mena une seconde à gauche et perpendiculaire à la première.

Puis M. Monod essaya de rompre les adhérences, mais elles

étaient solides et il ne le put; alors il prit le parti de faire porter des sections libératrices sur la paroi abdominale elle-même et détacha au bistouri le péritoine pariétal et avec lui les parties de la tumeur qui y adhéraient.

Toute la face antérieure de la tumeur fut en grande partie dégagée, puis il sectionna les brides qui se trouvaient du côté gauche.

« Je m'avance ainsi peu à peu vers la circonférence supérieure de la tumeur. Là, derrière un dernier rideau d'adhérences, apparaît tout-à-coup un large ruban épiploïque, avec son apparence si caractéristique, qui, de l'estomac que je découvre en même temps va se perdre dans la masse dont je poursuis la laborieuse libération. Ce ruban épiploïque est lui-même coupé entre deux pinces et solidement liés.

Quelques brides sont encore sectionnées sur le flanc droit de la masse et celle-ci devient complètement libre. Elle a dans son ensemble le volume d'une orange moyenne. Je reconnais qu'elle est formée par une sorte de manchon irrégulier dans lequel on voit d'un côté pénétrer le côlon transverse fortement coudé sur lui-même tandis que de l'autre sort le côlon descendant.

Il s'était produit par un travail d'inflammation lente des adhérences épiploïques ou autres, reliées tant à la paroi abdominale qu'aux parties voisines ayant enserré le côlon transverse et déterminé les phénomènes d'obstruction partielle dont avait souffert le malade.

Fallait-il poursuivre l'intervention plus loin? Fallait-il achever de libérer l'intestin et réséquer toutes les parties qui le comprimaient? J'y songeai un moment, mais je dus bientôt renoncer à cette tentative qui me parut dangereuse et d'ailleurs très probablement inutile.

J'avais, en effet, en sectionnant la portion d'épiploon qui réunissait la tumeur à l'estomac, supprimé son point d'attache

supérieur, condition qui devait être pour quelque chose dans la coudure du côlon. Les fortes adhérences à la paroi abdominale étaient, d'autre part, détruites, ainsi que celles que j'avais trouvées sur les côtes.

Le côlon, avec son manchon fibreux, était dès lors libre dans l'abdomen et je pouvais espérer que, toutes ces connexions étant supprimées, les phénomènes d'obstruction ne se reproduiraient pas, d'autant que le manchon lui-même, n'étant constitué que par des produits d'origine inflammatoire, pourrait à la longue disparaître par résolution.

L'événement m'a donné raison. Le malade est sorti de l'hôpital guéri. Il ne souffre plus de crises douloureuses et les phénomènes d'obstruction ont complètement cessé.»

OBSERVATION XIII

M. Guinard. *Bulletin de la Société de Chirurgie.*

Un malade opéré en ville, cinq ans auparavant, avait eu plusieurs poussées d'obstruction intestinale qui avaient toujours cédé à des lavements électriques. Une dernière poussée ne cédant à aucun traitement médical, on amena le malade mourant à Lariboisière. Je me trouvai en présence d'une obstruction intestinale totale, avec refroidissement des extrémités.

Je fis une laparotomie et je tombai à gauche sur un paquet d'anses intestinales, agglutinées les unes aux autres et adhérentes à la paroi, au niveau de la cicatrice péritonéale. Je vis très rapidement que je n'arriverais pas à dérouler ces anses intestinales et vu l'état du malade, je me bornai à faire une entérotomie. Le malade succomba néanmoins au bout de 36 heures.

OBSERVATION XIV

M. Guinard. Parue dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie*.

Remplaçant, il y a cinq ans, un de mes maîtres, je trouvai dans son service un malade qu'il avait opéré avant son départ pour une volumineuse hernie inguinale gauche.

Au bout de trois semaines, le service s'encombrant, je voulus faire de la place et renvoyer quelques malades guéris. C'est alors que l'opéré de hernie me dit qu'il souffrait du ventre ». La cicatrice inguinale était absolument guérie et il n'y avait même plus de pansement. Je trouvai sous les fausses côtes gauches une masse empâtée, profonde, très douloureuse à la pression. Deux jours après les accidents étaient devenus menaçants : vomissements, faciès péritonéal, pouls abdominal, etc. J'incisai aussitôt au centre du gâteau et je tombai dans une poche d'où s'échappa du pus contenant « des flaques d'huile » et un paquet de fils de soie. C'était bien évidemment un fil du pédicule épiploïque qui avait suppuré. Le malade guérit sans incident, et je l'ai revu ce matin même en excellent état.

CONCLUSIONS

1° L'épiploïte est une complication rare, il est vrai, mais à laquelle il faut toujours penser après la cure radicale des hernies ;

2° Elle a pour cause une infection des fils de soie employés pour la ligature de l'épiploon ; cette infection peut être primitive ou secondaire ;

3° Nous reconnaissons trois variétés d'épiploïtes : l'épiploïte plastique, simple ; l'épiploïte plastique avec adhérences ; l'épiploïte suppurée. Chacune se distingue par des symptômes propres ;

4° Le diagnostic est en général facile grâce aux antécédents opératoires du malade ;

5° Les complications sont nulles dans l'épiploïte plastique simple, redoutables dans l'épiploïte suppurée, à cause des perforations, redoutables aussi dans l'épiploïte aux adhérences pouvant amener l'obstruction intestinale ;

6° Le pronostic est benin pour l'épiploïte plastique simple, assez grave dans les deux autres variétés ;

7° Le traitement diffère aussi suivant la forme : dans l'épiploïte pratique simple, il faut instituer le traitement médical ; dans l'épiploïte avec adhérences, sectionner les brides ; dans l'épiploïte suppurée, ouvrir l'abcès et drainer.

Vu : Le Doyen, Vu : Le Président de la Thèse,
BROUARDEL. TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Bæckel.* — Revue de gynécologie, 1897.
- Delorme.* — Archives de médecine et de pharmacie militaires, 1895.
- Duplay.* — Cliniques chirurgicales, 1898.
- Legrey.* — Thèse de Paris, 1898. Du rôle de l'épiploïte aiguë ou chronique au cours des appendicites.
- Lucas Championnière.* — Cure radicale des hernies.
- Mauviel.* — Thèse Lyon, 1894. Résultats éloignés de la cure radicale des hernies.
- Mencière.* — Gazette hebdomadaire 1897.
- Monod.* — Bulletin de la Société de Chirurgie, février 1899.
- Péan.* — Tumeurs de l'abdomen.
- Reynier.* — Congrès de Chirurgie, 1895.
- Roche.* — Contribution à l'étude des épiploïtes consécutives à la cure radicale des hernies et à la Kélotomie. Thèse de Montpellier, 1896.
- Segond.* — Cure radicale des hernies.

